

# ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТЬ ОБЩЕСТВО

## HEALTH PERSONALITY SOCIETY

*Сборник научных трудов*

*The Collection of Scientific Papers*

Интернет-версия сборника представлена на сайте  
"Толькознание" [www.tolkoznanie.ru](http://www.tolkoznanie.ru)

Харьков  
"Финарт"  
2014

УДК 159.9  
ББК 88.3Ю-937.2  
3-46

*Утверждено и рекомендовано к изданию решением Ученого совета Харьковской государственной академии физической культуры (протокол № 14 от 30.06.14).*

Авторы: А.В.Алёшичева, Ю.А.Быстрова, Л.М.Газнюк, Д.Г.Дьяков, О.В.Евсеева, А.И.Жарая, О.М.Кокун, А.М.Петруня, И.И.Савенкова, Н.Г.Самойлов, Ю.А.Семенова, Л.Г.Терлецкая, Т.Б.Хомуленко.

Составитель: к.психол.н., доцент А.В.Алёшичева.

Рецензенты:

**Е.Р.Исаева** – доктор психологических наук, зав. кафедрой общей и клинической психологии, профессор кафедры психиатрии и наркологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова;

**Е.И.Федоренко** – доктор педагогических наук, профессор, начальник кафедры общей и прикладной психологии и педагогики Харьковского национального университета внутренних дел.

3-46      Здоровье. Личность. Общество: сборник научных трудов / сост. А.В.Алёшичева.  
– Харьков: Финарт, 2014. - 364 с.

ISBN 978-966-8766-64-0

В настоящем сборнике представлены статьи, в которых освещаются вопросы психологических, социальных, медико-биологических и философских аспектов здоровья человека. В некоторых статьях содержатся гипотетические, не общепризнанные взгляды на первопричины ухудшения здоровья, на взаимоотношение психики и соматики.

Авторы надеются на то, что уже сама постановка дискуссионных положений будет способствовать более углубленному проникновению исследователей в тайны здоровья человека, поиску путей его созидания и сохранения.

Авторский коллектив будет признателен читателям за пожелания, замечания и рекомендации по совершенствованию последующих сборников, посвященных проблеме здоровья человека.

This collection has articles that cover the field broadly psychological, social, medical and biological, philisophical aspects of human health. Some articles contain hypothetical, not generally accepted considerations on the arche of a health deterioration, at the relationship between psyche and somatic.

The authors hope this discussion positions will promote more in-depth penetration of researchers into the mysteries of human health, finding ways his creationand preservation.

Authors will be grateful to readers for suggestions, comments and recommendations to improve next collection on the problem of human health.

УДК 159.9  
ББК 88.3Ю-937.2

© Авторы публикаций, 2014.  
© Издательство "Финарт", 2014.

ISBN 978-966-8766-64-0

**РАЗДЕЛ 1.****СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЗДОРОВЬЕ ЛИЧНОСТИ** .....

5

*Алёшичева А.В.* Интегральные факторы, обеспечивающие сохранение психического здоровья спортсмена..... 6*Быстрова Ю.А., Петруня А.М.* Организация медико-психологического обеспечения учебно-реабилитационного процесса детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования..... 24*Дьяков Д.Г.* Динамика самоидентификации как высшей психической функции у лиц с детским церебральным параличом в период подростничества..... 36*Жарая А.И.* Практика формирования и сохранения профессионального здоровья будущего учителя..... 46*Кокун О.М., Савенкова И.И.* Психосоматические аспекты сохранения и восстановления здоровья личности..... 63*Хомуленко Т. Б.* Теоретико-методологические основы психологии здоровья..... 88**РАЗДЕЛ 2.****ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В РАЗНЫХ ИЗМЕРЕНИЯХ.** 117*Газнюк Л. М., Семенова Ю. А.* Здоровье-боль-болезнь: философско-антропологический и социокультурный контексты ..... 118*Евсеева О.В.* Валеологические, философские, физические аспекты проблемы духовного и душевного здоровья 263*Жарая А.И.* К вопросу об универсальности формирования понятийного аппарата при изучении дисциплин валеологической направленности..... 285*Самойлов Н.Г.* Взаимосвязь компонентов здоровья человека ..... 303*Терлецкая Л.Г.* Психическое здоровье личности: поиск гармонии ..... 319

Сведения об авторах..... 337

<b>CHAPTER 1. ACTUAL IDEAS ABOUT HEALTH OF THE PERSON .....</b>	<b>339</b>
<i>Aleshicheva A.</i> Integral Factors That Provide Conservation Of Mental Health At The Athlete .....	339
<i>Bystrova Y., Petrunya A.</i> Organization Of Health And Psychological Support Training And Rehabilitation Process Of Children With Disabilities In Terms Of Inclusive Education	340
<i>Dzyakau D.</i> Dynamic Of Self-Identification As The Highest Mental Function At The Teenagers With Infantile Cerebral Paralysis .....	342
<i>Zharaya A.</i> Practice Of Formation And Conservation Of Future Teacher's Professional Health .....	343
<i>Kokun O., Savenkova I.</i> Psychosomatic Aspects Of The Conservation And Restoration Of Personality's Health .....	346
<i>Homulenko T.</i> Theoretical and Methodical Foundations of Mental Health .....	347
<b>CHAPTER 2. HEALTH OF THE HUMAN IN THE DIFFERENT MEASURES .....</b>	<b>348</b>
<i>Gaznuk L., Semenova Yu.</i> Health – Pain – Disease: Philosophical And Anthropological, Social And Cultural Contexts	348
<i>Evseeva O.</i> Valeological, Philosophical, Physical, Historical Aspects Of The Problem Of Spiritual And Mental Health ....	351
<i>Zharaya A.</i> To The Question Of Universal Conceptual Apparatus Creation At Valeological-Orientated Disciplines Studying .....	354
<i>Samoilov N.</i> Correlation Of The Mental Health Components	357
<i>Terletskaya L.</i> Mental Health Of The Person: Searching Of Harmony .....	359
Information about authors .....	361

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СОХРАНЕНИЯ И ВОССТАНОВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЧНОСТИ

Психологические аспекты сохранения и восстановления здоровья личности включают рассмотрение проблемы психосоматического единства человека, его значение для укрепления здоровья. Психосоматический подход начинается тогда, когда пациент перестает быть только носителем больного органа и рассматривается целостно. Тогда психосоматическое направление можно рассматривать и как возможность «исцеления» от деперсонализированной медицины.

Патогенез психосоматических расстройств чрезвычайно сложен и определяется: неспецифической наследственной и врожденной отягощенностью соматическими нарушениями и дефектами [7]; наследственным предрасположением к психосоматическим расстройствам [10]; нейродинамическими сдвигами (нарушениями деятельности ЦНС) [6]; личностными особенностями [11]; психическим и физическим состоянием во время действия психотравмирующих событий [12]; фоном неблагоприятных семейных и других социальных факторов [15]; особенностями психотравмирующих событий [16]. Перечисленные факторы не только участвуют в происхождении психосоматических расстройств, но и делают индивида уязвимым к психоэмоциональным стрессам, затрудняют психологическую и биологическую защиту, облегчают возникновение и усложняют течение соматических нарушений.

Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, нейро-вегетативно-эндокринных изменений и характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и соматической сферами. Полное развитие чувства страха соответствует защитным физиологическим механизмам, но обычно оно только уменьшает, а не устра-

няет полностью эти физиологические явления и их патогенное действие. Этот процесс можно рассматривать как торможение, то есть состояние, когда психомоторные и словесные выражения тревоги или враждебных чувств блокируются таким образом, что стимулы, поступающие из ЦНС, отводятся к соматическим структурам через вегетативную нервную систему и, таким образом, приводят к патологическим изменениям в различных системах органов [9].

При наличии эмоционального переживания, которое не блокируется психологической защитой, а, соматизируясь, поражает соответствующую ему систему органов, функциональный этап поражения перерастает в деструктивно-морфологические изменения в соматической системе, происходит генерализация психосоматического заболевания. Таким образом, психический фактор выступает как поражающий.

Проведенный теоретический анализ патогенеза психосоматических нарушений позволяет прийти к выводу, что к психосоматическим заболеваниям относят те нарушения здоровья, этиопатогенез которых — истинная соматизация переживаний, то есть соматизация без психологической защиты, когда при защите душевного равновесия повреждается телесное здоровье. В целом, в современной психосоматике различают предрасположенность к заболеванию и факторы, которые провоцируют или задерживают развитие болезни. Склонность — это врожденная, а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая переходит в форму возможного органического или невротического заболевания.

Толчком к развитию такого заболевания являются трудные жизненные ситуации. Если манифестируют невротические или соматические заболевания, то они развиваются по собственным законам, которые, однако, тесно связаны с факторами окружающей среды [8].

В любом случае, для диагностики как психического, так и невротического заболевания необходимо понимание ситуационного характера его происхождения. Констатация наличия

психосоматических нарушений не приводит к отрицанию основного диагноза. Если сегодня говорят о психосоматическом, биопсихосоциальном заболевании, то это лишь указывает на связь: предрасположенность – личность – ситуация. Но остается открытым вопрос: возможно ли предвидеть (спрогнозировать) склонность человека к психосоматическому заболеванию?

Личность, которая находится в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные соматические и психические нагрузки, избежав болезни. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевное расстройство, что в определенных жизненных ситуациях приводят к негативным эмоциям и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматические пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние [10]. Таким образом, в современном понимании патогенеза психосоматических заболеваний признается многофакторность в объяснении их природы.

Соотношение соматического и психического, т.е. влияние склонности и среды; фактическое состояние окружающей среды и ее субъективная переработка; физиологические, психические и социальные воздействия в их совокупности и взаимодополнении – всё это имеет значение в качестве взаимодействующих между собой факторов психосоматических заболеваний. Центром тяжести психосоматического страдания оказывается всегда орган, наиболее уязвимый и важный для жизнедеятельности организма в переживании индивида. «Выбор органа» свидетельствует о преимущественной направленности защитно-приспособительных механизмов, вызывающих эффект повреждения по мере нарастания дезинтеграции в стрессовых ситуациях. Но какой именно орган будет наиболее уязвимым в данной ситуации, остается невыясненным.

Инициатива в выборе органа принадлежит корковым связям, влияющим на эмоциональные подкорковые аппараты и программирующим степень вовлечения тех или иных

органов в стрессовую ситуацию. Какой именно эффекторный путь окажется преобладающим для выхода на периферию эмоционального возбуждения, зависит, в конечном счете, от особенностей данной эмоции, нервной конституции человека и от всей истории его жизни. Вопросы прогнозирования возможного поражения органа или системы органов в процессе развития психосоматического нарушения остаются открытыми.

Таким образом, в качестве теоретико-методологических основ прогнозирования течения психосоматических заболеваний мы рассмотрим вопросы, связанные с анализом теорий и моделей возникновения и развития «предпочитаемых заболеваний», а также выделением психолого-временных предпосылок прогнозирования течения этих расстройств. Поэтому выявления психологических индикаторов психосоматических нарушений является ключевым вопросом.

Рассматривая вопрос о «предпочитаемых» болезнях [37], мы выходили из известного положения, что у каждого индивида в зависимости от принадлежности к той или иной типологической группе в организме существует «*locus minoris resistentiae*» (место наименьшего сопротивления). Анализ возраста больных от даты рождения до начала заболевания показывает, что место наименьшего сопротивления оказывается наиболее уязвимым в конце текущего большого биологического цикла или его текущих четвертей. Проследив «С-периодичность» заболеваний, можно утверждать, что в жизни индивида есть ряд отдельных возрастных точек, которые становятся критическими. Именно в этих точках имеет место обострение психосоматического заболевания. Возникает логичный вопрос, почему именно в этих точках проявляются обострения «предпочитаемых» болезней?

Объяснение начала «предпочитаемых» болезней, исходя из предложенной Б. Цукановым циклоидной модели переживания времени [31], связано с представлениями о фазовой сингулярности (С. Шноль [33], И. Пригожин [23]). Под фазовой сингулярностью понимают слияние временных фаз разных циклов в отдельные точки (А. Уинффри [29]). Согласно циклоидной моде-



ли (Б. Цуканов [31]), фазовая сингулярность (ФС) имеет место в точках, где конец предыдущего большого цикла сливается с началом следующего цикла.

Используя передаточное число в обратном порядке, можно показать, что в пяти точках фазовых сингулярностей большого цикла сливаются концы и начала все меньших и меньших периодов «скользящих колес» до дыхательных циклов и циклов «действительного настоящего». Как известно, в отдельно взятой фазовой сингулярности большое количество концов и начал жизненных циклов индивида сжимаются за мгновение до невероятно малых размеров. В этом заключается главная угроза фазовой сингулярности, так как через минуту смены концов началами организм словно гибнет и рождается вновь.

Действительно, во многих исследованиях (А. Уинфри [29], Б. Цуканов [31]) установлено, что причиной внезапной остановки дыхания, фибрилляции сердечной мышцы, в результате которых человек погибает, является фазовая сингулярность. Статистика стенокардии и инфарктов (Д. Элькин [32], Б. Цуканов [31]) убеждает, что начало болезни совпадает с фазовой сингулярностью в пределах текущего большого биологического цикла индивида.

Фазовой сингулярностью можно объяснить возрастные поворотные пункты, в которых имеют место «психологические переломы личности». В целом, модель «хронопсихологического профиля личности» позволяет выделить важную роль фазовых сингулярностей в периодичности проявления психосоматических заболеваний и своевременности их прогнозирования. Впрочем, хотим отметить, что сингулярность течения времени на уровне его непосредственного переживания не исключает периодичности проявления психосоматических заболеваний (обострения, реконвалесценции и ремиссии). Анализ факторов, обуславливающих течение психосоматического заболевания, дает основание отнести к важнейшим предпосылкам прогнозирования психосоматического нарушения дифференциацию временных характеристик у субъектов с этими расстройствами.

В связи с этим ключевыми вопросами хронопсихологического прогнозирования течения психосоматических заболеваний стало выделение психолого-временных индикаторов этих нарушений, а именно: проявление индивидуально-типологических свойств личности, страдающей психосоматическими заболеваниями, в хронопсихологическом континууме; дифференциация психосоматических «факторов риска» и анализ психосоматических аспектов боли как важнейшего симптома течения психосоматических нарушений.

«Хронотип» индивида выступает центральным фактором, на котором стало возможным сконструировать концепцию, объединившую соматическое и психическое, здоровое и больное; концепцию прогнозирования течения психосоматических заболеваний.

Механизм выявления времени острого развития нарушений соматической сферы на основе индивидуально-типологических особенностей субъекта определил дальнейшие диагностические, реабилитационные, профилактические и прогностические мероприятия.

Таким образом, учет индивидуальных особенностей отношения ко времени имеет чрезвычайно важное значение для решения проблемы хронопсихологического прогнозирования течения психосоматических заболеваний. Такие предпосылки, с одной стороны, дают возможность представить как единую систему все многообразие «внешних» и «внутренних» факторов, влияющих на ход психосоматического расстройства, с другой – позволяют точнее определить границы хронопсихологического прогнозирования течения психосоматических заболеваний при решении задач психопрофилактики психосоматических нарушений.

Это значит, что мы обратились к рассмотрению вопроса течения психосоматических заболеваний с учетом типологических групп. Ю. Поляков пишет, что у «разных типов людей преобладают различные болезни, сама болезнь протекает у них по-разному, по-разному проходит и процесс выздоровления,

реабилитации в зависимости от индивидуальных особенностей психики человека» [24, с. 56 -57]. Как отмечалось ранее, Гиппократ, располагая типологические группы в линейном порядке, считал, что холерики по своим заболеваниям являются полной противоположностью флегматиков. Сангвиники болеют по типу холериков, а у меланхоликов преобладают флегматичные и холерические болезни. Этот порядок расположения типологических групп, установленный Гиппократом, имеет отношение и к психосоматическим болезням [13, с.132 -136]. Содержание идеи Гиппократа о существовании типологических групп со своими «предпочитаемыми» болезнями сводится к тому, что сама болезнь локализуется в группе и за ее пределы не выходит. Таким образом, доминантная болезнь является одним из объективных показателей принадлежности индивида к определенной типологической группе.

Особое внимание обращают на себя психосоматические болезни, поскольку развитие и течение таких болезней имеет временную развертку, с периодами обострения и ремиссии (затухания) течения. В исследованиях Б. Цуканова [31] представлены результаты, которые убеждают нас, что доминантная болезнь локализуется в пределах своей типологической группы. Распределение послеинфарктных больных дало четкое разделение непрерывного спектра "т-типов" на типологические группы [31, с. 94]. Эти результаты исследования соответствуют тому, как Гиппократ объяснял происхождение болезней у представителей определенных типологических групп преимуществом одной из четырех жидкостей в организме.

Таким образом, мы подходим к рассмотрению вопроса «психосоматических заболеваний» с позиции закона переживания времени [31]. А что касается времени, то Д. Элькин отмечал: «Восприятие времени, отражая объективную реальность, дает человеку возможность ориентироваться во внешней среде, причем дает объективно верное представление о нем» [32, с. 36]. Используя выражение М. Шагиняна о том, что каждый индивид имеет свой «маленький Хронос», Б. Цуканов добавил:

«Со своей скоростью течения времени и со своей временной перспективой» [31, с. 233]. И. Павлов рассматривал вопрос о процессах, которые имеют место в мозгу человека в условиях восприятия длительности, скорости и последовательности, и пришел к выводу, что «мерой времени» в нервной системе является изменение возбуждения торможением [21, с. 381-382]. Д. Элькин рассматривал зависимость точности воспроизведения длительности от типа темперамента [32, с. 25-28]. Он обратил внимание на некоторые различия в точности воспроизведения промежутков времени у холериков, сангвиников, меланхоликов, флегматиков, но не дал полного описания отношения к актуальному переживанию времени представителей этих четырех типологических групп. В. Богораз писал, что каждый живой индивид имеет собственное время, то есть сангвиник – одно, флегматик – другое [5, с. 109-111]. По его мнению, хотя эти различия и небольшие, все же полного совпадения отнюдь не существует. В работах Б.Цуканова [31] научно доказано, что представителям различных типологических групп не только присуще «разное время», но и имеет место сходство отношения к переживанию времени у индивидов, принадлежащих к одной типологической группе, что указывает на наличие обобщенных профилей, которые сопоставляются с классической типологией темпераментов. В общем, он выделяет и подробно анализирует пять типов профилей [31, с.431].

У каждого из исследователей темперамента (Гиппократ [13], Г. Айзенк [1], И. Павлов [21]) типологические группы располагаются в своем порядке, что не позволяло согласовать их друг с другом (Я. Стреляу [28]). Поэтому для определения естественного порядка типологических групп мы предлагаем проверить степень выраженности таких свойств темперамента, как «экстраверсия – интроверсия», в спектре хронотипа индивидов, страдающих психосоматическими заболеваниями.

Такие известные исследователи времени, как Е. Головаха, А. Кроник [14], П. Фресс [30], Д. Элькин [32], отмечали, что человечество в процессе воспроизводства сохранило себя в устой-

чивых пределах типологических групп на протяжении всей предыдущей истории. Поэтому и индивидуально обусловленные особенности отношения ко времени повлияли на деятельность субъектов, их философские обобщения, политические взгляды, поэтические произведения. По убеждению И. Белявского [4, с. 253], анализ таких воздействий позволяет достаточно четко воспроизвести индивидуальное своеобразие исторических личностей. П. Фресс [30] отмечает, что консервативной идеологии придерживались субъекты с ориентацией на прошлое, а радикальной – те, которые обращались к будущему. Б. Цуканов подчеркивает, что «личность выстраивает свое отношение ко времени в историческом и даже в космическом масштабе, учитывая в нем и время жизни своего носителя – индивида» [31, с. 176]. Поэтому ученый приходит к выводу, что между профилем индивидуально обусловленного отношения ко времени и временем личности нет линейной связи. Чтобы овладеть им, надо, согласно выражению П. Фресс, достичь «мудрости старых» и принять время таким, каким оно дано каждому из нас, – с его длительностями, нехваткой и ненадежностью [30, с. 45-46]. Учитывая индивидуальные особенности, касающиеся динамики переживания времени, и обобщенные профили индивидов, попробуем определиться с критериями типологии доминантных болезней. Для этого необходимо ответить на вопрос: существует ли дифференциация «факторов риска» психосоматических заболеваний?

Современная медицина также официально пришла к признанию факта, что все причины психосоматических заболеваний надо искать не во внешних, а во внутренних процессах индивида, учитывая проявление последних в поведении личности [3].

Так, в медицине возникло учение о «факторах риска», к которым, в основном, относятся конституциональные и поведенческие признаки, связанные с типом индивида [20]. К заболеваниям типа «психосоматические заболевания» относятся болезни печени, желчного пузыря, сердечно-сосудистые забо-

левания, болезни почек и половой системы, желудка и кишечника, нервной системы. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), на первом месте среди психосоматических заболеваний – сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ). От них страдает  $\frac{1}{4}$  взрослого населения земного шара. Они – причина каждой второй смерти, каждой третьей инвалидности [3]. Поэтому внимание медиков всего мира приковано к проблеме сердечно-сосудистых заболеваний. Совместно с психологами медики ведут исследования по выявлению «факторов риска», которые якобы приводят к кардиокатастрофам (инфарктам миокарда). Таких «факторов» насчитывается около тридцати. Среди них – конституциональные (избыточный вес, ожирение), висцеральные (артериальная гипертония), поведенческие (курение, конкурентность, поспешность) и типологические различия (часто скрытая агрессивность, повышенная или высокая тревожность) [24]. Несмотря на детальное исследование «факторов риска», ученые пришли к выводу, что ими можно объяснить лишь половину случаев заболеваний нарушения ритма сердца [19; 20].

Медикам также известно, что в природе человеческой популяции по отношению к норме кровяного давления существуют индивиды с гипертонической и гипотонической тенденциями [24, с. 45]. Учитывая, что каждый четвертый взрослый житель планеты страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями, а «факторы риска» дают объяснение возникновению болезни только у каждого восьмого, можно попробовать проверить расположение таких больных в типологических группах. Для этого достаточно использовать как показатель принадлежности к типологической группе индивидуальную временную направленность личности, страдающей психосоматическим заболеванием.

Измеряя этот показатель у постинфарктных (т.е. перенесших инфаркт) индивидов, можно определить место их локализации в группах психотипа [25]. Так, постинфарктные больные локализируются по своим психологическим свойствам в пределах

двух типологических групп: умеренно экстравертированной и умеренно интровертированной. Именно в зонах локализации этих индивидов имеют место повышенный и высокий уровни тревожности.

Сердечно-сосудистые заболевания часто сопровождаются нарушениями ритма сердца. Психологические предпосылки развития этих нарушений остаются невыясненными. Особого внимания заслуживает изучение личностных черт больных и построение психологического портрета пациентов с функциональными нарушениями ритма сердца.

С точки зрения медицины, расстройства ритма сердца – это изменение нормальной частоты или (и) ритма сердечных сокращений, а также нарушение течения импульсов, проявляющееся как расстройство четкой преемственности нарушения предсердий и желудочков или синхронности их раздельных сокращений [24]. В отечественной и мировой медицине принято деление аритмий на функциональные и органические. Первые возникают у людей со здоровым сердцем, но под влиянием внешних по отношению к сердцу факторов, в частности, психоэмоциональных и физических нагрузок, алкоголя, психотропных веществ и т.п., вторые – при повреждении миокарда или клапанного аппарата, поэтому затрудняют основное заболевание. К последней группе относятся аритмии, связанные с эндогенной и экзогенной интоксикацией, токсическим воздействием лекарственных средств (сердечные гликозиды, адреналин, анестетики и др.) [24].

Расстройства ритма связаны с нарушением вегетативной регуляции сердца. Именно поэтому они классифицируются как соматоформные вегетативные дисфункции и в этиопатологическом отношении принадлежат к категории психосоматических расстройств. Отметим, что различные нарушения сердечного ритма постоянно регистрируются у почти здоровых людей. Такие аритмии при разовом обследовании проявляются в небольшом проценте случаев (не более 2 %). Однако во время длительного мониторинга те или иные расстройства сердечного ритма

могут быть обнаружены практически у каждого третьего из обследуемых здоровых людей ( $30 \pm 2-3 \%$ ) [25]. У последних аритмии возникают на короткий период, преимущественно во время физических, психоэмоциональных нагрузок, когда человек чувствует учащенное или, наоборот, замедленное биение сердца. Такие аритмии не требуют медицинского вмешательства. При этом о функциональных нарушениях ритма сердца говорят тогда, когда человек «фиксируется» на переживании о своем сердце вследствие возникновения страха развития серьезной болезни без видимых причин, и при необходимости проводят постоянные медицинские обследования. Нарушение указанного ритма при этом имеет место достаточно длительное время или повторяется периодически [18].

Безобидные на начальных этапах функциональные нарушения ритма сердца все же под действием психических нагрузок могут привести к развитию тяжелых болезней. Тем более что, по данным ВОЗ, болезни системы кровообращения занимают первое место в структуре общей смертности населения Украины. Кроме того, по этому показателю Украина находится на первом месте среди стран Европы с процентом болезней системы кровообращения в общей смертности – 62,2 %, тогда как в Европе этот показатель составляет 50,5 % [3]. В связи с этим важное значение приобретают исследования особенностей личности больных с функциональными нарушениями ритма сердца для своевременного прогнозирования развития нарушения, коррекции их поведения и эмоционального состояния.

Эта информация также необходима врачам при лечении и профилактике функциональных аритмий сердца, не связанных с его органическими поражениями и являющихся психогенными по своей природе. Однако, по данным наблюдений, больные с функциональными нарушениями ритма сердца, в зависимости от формы проявления, отличаются поведением. Так, индивиды, у которых функциональные нарушения ритма сопровождаются тахикардиями, в поведении настойчивы, склонны брать на себя ответственность за свои действия, контролировать события. Они



мало прислушиваются к мнению других, в частности, врачей, проявляют негативизм. В то же время большинство таких пациентов не воспринимают свое заболевание как психогенное, настойчиво ищут помощи у врачей (скажем, больной несколько раз приходит в больницу и требует, чтобы его начали лечить), однако к концу лечения типична позиция, что им ничего не помогло и они даже стали чувствовать себя хуже.

Больные, у которых функциональные нарушения ритма сопровождаются брадикардиями, отличаются впечатлительностью, тревожностью, хотя и пытаются ее «подавить», «побороть» в себе, что подтверждает наличие именно дисфункциональных мыслей у таких пациентов. К тому же, ожидания печальных событий в будущем, крайне пессимистические интерпретации, негативное мнение о себе в стрессовых ситуациях порождают тревогу, разочарование в положительном решении жизненных проблем, недоверие к окружающим. А с другой стороны, существуют контролирующие попытки, суждения типа «нужно», «надо» и «следует», свидетельствующие о большом количестве ярко выраженных социальных стереотипов [18; 25].

Следовательно, у больных с функциональными нарушениями ритма сердца существует конфликт между желанием быть социально «правильными» и принятыми окружающими, с одной стороны, и недоверием к миру и другим людям – с другой. Это указывает на психогенный характер функциональных нарушений ритма сердца.

Если сравнить отношение ко времени индивидов с различными формами проявления аритмий, то выяснится, что субъекты с относительной тахикардией имеют тенденцию к переоценке и недоотмериванию предложенных промежутков времени. Субъекты с относительной брадикардией недооценивают и переотмеривают промежутки времени. Для сравнения отметим, что субъекты с нормокардией (без нарушений ритма) дают примерно одинаковое число отклонений как в сторону переотмеривания и недооценки, так и в сторону недоотмеривания и переоценки интервалов [30]. Таким образом, можно предположить,

что корреляционное отношение между хронотипом и частотой сердечных сокращений, как в прямом, так и в обратном порядке, существует.

Современная медицина отдает предпочтение инфекционному фактору в возникновении язвенных процессов в желудке, т.е. Нр-фактору – палочке, которой присуща афазия (способность проникнуть в клетку), что приводит к рецидиву болезни. Таким образом объясняется процесс хронизации данных заболеваний. Среди агрессивных факторов, способствующих болезни желудка, выделяют: гиперпродукции соляной кислоты, действие пепсина, нарушение двигательной функции желудка, наличие нестероидных и стероидных гормонов (кортикостероидов), гиперпродукции желчи. Однако критический анализ этих данных показывает, что указанные факторы риска могут объяснить причину примерно в половине случаев возникновения и развития болезней желудка в человеческой популяции. У 35% от общего количества числа индивидов, страдающих болезнями желудка, наблюдается так называемая бессимптомная форма, приводящая к развитию язвенного процесса, но не сопровождаемая факторами риска [3, с. 30]. На сегодня гастроэнтерологи пропедевтически не знают, у кого может быть такая клиническая форма болезни желудка, как гастрит или язвенная болезнь.

Проблема болезней желудка еще далека от своего окончательного решения. Одна из причин этого заключается в недостаточном изучении двух моментов, касающихся самой сути заболевания: во-первых, болезнь желудка является неинфекционным процессом, от которого страдает 20 % населения земного шара, во-вторых, они действуют как хронические, то есть их развитие и течение имеют временную организацию, а такие их клинические формы, как гастрит и язвенная болезнь желудка, проявляются в определенном возрасте. Поскольку количество индивидов, страдающих болезнями желудка в человеческой популяции, согласно мировой статистике, остается относительно постоянным, то можно предположить, что существуют индивиды

(или группа индивидов), которые «предпочитают» болеть желудком [25, с.30]. Если такие персоналии и группы «предпочитающих» болезни желудка действительно существуют, то и так называемые факторы риска этой болезни в начальных формах можно легко обнаружить у лиц этого психотипа задолго до их вероятного действия. Учитывая психологические особенности поведения индивидов, можно предположить, что хронотип таких пациентов, у которых «преобладают» болезни желудка, находится в диапазоне очень интровертированных индивидов.

В частности, установлено, что большую группу хронических заболеваний составляют болезни органов, которые принимают участие в процессе пищеварения в желудочно-кишечном тракте. Прежде всего, речь идет о холецистите, панкреатите и дискинезии желчевыводящих путей. В медицинской практике наблюдается склонность отдельных индивидов к болезням желчного пузыря, поджелудочной железы и желчевыводящих путей, хотя средств предвидеть то или иное заболевание до сих пор не существует.

Наблюдается согласование между возрастом индивида и периодом проявления хронического заболевания печени и желчного пузыря у контингента пациентов с выраженной экстравертированностью. Такие индивиды характеризуются высокой экстраверсией, стабильностью, а возбуждение у них в 2 раза преобладает над торможением. К тому же, они целеустремленные и агрессивные в поведении [25]. Результаты теоретико-эмпирических исследований агрессивности позволяют рассматривать ее как отражение дифференциации «места наименьшего сопротивления» у индивидов с учетом базовой эмоциональной окраски их поведения (Д. Элькин [32], Б. Цуканов [31] и др.). Индивиды с таким хронотипом приближаются к категории выраженных экстравертов.

Индивиды с выраженным переотмериванием промежутков времени, которые страдают хроническими болезнями желудка, отличаются выраженной интроверсией и стабильностью, высоким уровнем возбуждения и торможения, уравнивающими

друг друга, а подвижность у них вдвое меньше чем у хронотипов других индивидов [30]. Они спокойны, продуктивно работают в знакомой ситуации, а типологически их можно отнести к очень интровертированным.

Таким образом, учитывая психологические индивидуальные особенности каждого отдельного индивида, склонного к заболеваниям желудочно-кишечного тракта, возможно предвидеть место его наименьшего сопротивления, прежде всего, такие отдельные нозологические формы заболеваний, как гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, холециститы, панкреатиты, дискинезии желчевыводящих путей, запоры, эмоциональные диареи.

Комплексного психолого-соматического обследования требуют больные нефроурологического профиля с целью изучения их психологического и соматического состояния. Исследовательская процедура должна быть направлена на выявление взаимосвязи и взаимозависимости индивидуально-типологических особенностей у субъектов с соматическими нарушениями от временных параметров (временных характеристик, фактора времени, хронотипа) и соотношения между ними. Для субъектов с соматическими нарушениями нефроурологического профиля характерен уравновешенный уровень возбуждения и торможения, то есть по показателям «экстраверсия-интроверсия» и «нейротизм-стабильность» доминирует срединный или амбивертный тип направленности.

Амбивертный тип направленности – это своеобразная условная критическая точка, через которую проходит граница между двумя типами направленности личности: экстравертным и интровертным [25]. Таким образом, предложенный механизм определения времени острого проявления нефроурологических заболеваний или временных «зон риска» позволит разработать модель схематического отображения временных периодов развития соматических нарушений, то есть представить, как происходит формирование психосоматических нарушений в определенных узловых точках или точках бифуркации.

Обследование индивидов, страдающих различными нозологическими формами хронических психосоматических заболеваний, позволит прогнозировать распределение психологических и клинических симптомов этих болезней в группах хронотипа и построить «психологический профиль личности» таких больных. Это даст возможность выделить основные психологические диагностические критерии проявления каждой отдельной патологии и с их учетом разработать соответствующие медико-психологические реабилитационные мероприятия по предупреждению обострения хронического психосоматического процесса [25].

Анализируя локализацию болезней в пределах четырех типологических групп, нельзя не выразить восхищения «греческим гением» Гиппократом. Вспомним, «холе» – это влага, которую вырабатывает печень, а накапливает – желчный пузырь. Именно эти органы и подвержены хроническим заболеваниям у индивидов холероидной группы. «Сангвис» – это влага, которую непрерывно перегоняет сердце. Именно у лиц сангвиноидной группы зафиксированы тяжелые инфаркты миокарда.

«Мелана холе» – черная желчь, потому что она смешана с кровью. Сам Гиппократ говорил, что меланхолики находятся в самом невыгодном положении, они страдают болезнями и холериков, и сангвиников, и флегматиков. Да, действительно, учитывая чувствительность меланхолика, можно согласиться с тем, что у него «все болит». Но недаром Гиппократ усматривал именно «черную желчь» у этого типа, в связи с этим, наряду с инфарктами (которые, кстати, чаще мелкие), высокий скачок кровяного давления приводит к разрыву сосудов головного мозга, называемому инсультом [12].

«Флегма» – прозрачная слизь, которой очень много в желудке человека, поэтому желудок флегматика наиболее уязвим, и язвы здесь очень сложные.

В зоне «равновесного» типа локализуются болезни почек и половых органов.

Приведенное сравнение полностью подтверждает глубокую

правоту наследия Гиппократов. В каждом типе он усматривал психосоматическое единство с «местом наименьшего сопротивления» (*locus minoris resistentiae*), которое для каждого типа является наиболее уязвимым в определенном возрасте, что связано с продолжительностью биологического цикла жизни индивида.

Интересно сравнить полученное распределение хронических заболеваний по типологическим группам с древними взглядами тибетской медицины.

Приведем стихотворное изложение этих взглядов Л. Олзоевой:

Наши чувства строят наше здоровье.  
Если ты испытываешь страх,  
Ты готовишь себя к болезни почек.  
Если ты испытываешь гнев,  
Твои печень и желчный пузырь пострадают.  
Печаль и стеснения духа омрачают  
Болезнью сердце и разум.  
Гордыня, невежество, страсть, зависть и злоба –  
Эти чувства (если ты их испытываешь)  
Ударят тебя беспощадно.  
Будь себе другом.  
Стань себе лучшим врачом.  
Найди причину своей болезни в самом себе.

В приведенной поэтической форме отражена дифференциация мест наименьшего сопротивления у индивидов с учетом базовой эмоциональной окраски их поведения. Центральная или ведущая эмоциональная окраска характерна для представителей разных типологических групп. Так, злость и гнев преобладают у лиц очень экстравертированной группы, что и было замечено тибетскими врачами как признак заболевания печени. «Сжатие духа» как особое эмоциональное состояние свойственно тревожным персонам, а таковыми являются представители умеренно экстравертированной и умеренно интровертированной

ной групп, у которых проявляются заболевания сердца. Печаль, тоска характерны для умеренно интровертированных людей, у которых проявляются инсульты как ослабление нервной системы. Ситуационный страх в пределах поведения «здесь и сейчас» имеет место у «уравновешенных» индивидов. Причем, это не страх меланхолика, который становится иногда личностной чертой (трусость), а страх «осторожности без трусости». Вот почему тибетские врачи видели в формопроявлении такого страха причину заболевания почек, что может быть подтверждено дифференциальным методом в «амбивертированных» личностях.

Проведенное сравнение показывает, что древнее учение Гиппократов и древний опыт тибетской медицины зафиксировали четкую локализацию «предпочитаемых» заболеваний у индивидов по их локализации в типологической группе. И надо отдать должное этому опыту, ведь в нем сосредоточено особое целостное видение психосоматического единства организма и психики человека.

Также следует отметить, что принадлежность индивида к типологической группе – это естественно (врожденно) обусловленная принадлежность. Знать свою принадлежность – значит, знать и место наименьшего сопротивления в своем организме, которое при определенных условиях может стать самым уязвимым. Но означает ли это обреченность и роковую неизбежность заболевания той системы, которая является местом наименьшего сопротивления? Вовсе нет, потому что знание слабого места дает ключ к тому расплывчатому понятию, которое называется «здоровым образом жизни». Именно знание дает личности возможность построить отношение к собственному организму таким образом, чтобы не допустить нарушений и изломов в месте наименьшего сопротивления. «Стань себе врачом сам»! С другой стороны, знание слабого места организма дает врачам ключ к эффективной профилактике и предупреждению обострения психосоматических заболеваний. Поэтому следует подчеркнуть, что сохранение здоровья – это задача, которую успешно можно

решать в рамках совместных психолого-медицинских технологий, используя научные достижения медицинской психологии.

Медицинская практика убеждает, что своевременно проведенная профилактика хронического психосоматического заболевания дважды в год (весна-осень) при использовании отработанных схем диспансерного наблюдения не предотвращает обострения заболевания у больных с психосоматическими расстройствами. То есть, несмотря на проведенные профилактические мероприятия, у людей возникают обострения заболеваний в разные времена года. Это означает, что эти мероприятия проведены несвоевременно, так как медицина не может предвидеть обострение психосоматического заболевания. Ответ находим в том, что в медицинской практике отсутствует принцип индивидуального подхода в лечении и профилактике заболевания, который бы включал комплексный учет психологических особенностей каждой личности.

Для решения этой проблемы необходимо обратиться к оценке длительности С-периода [31], а именно к хронотипу и периодичности обострения психосоматического заболевания. Для каждой группы больных рассчитывается средний возраст, прожитый от даты рождения до начала заболевания, в значении С-периода и переводится в годы. По закону переживания времени субъектом С-период определяется по формуле:

$$C = 8,5X_t \text{ (лет)},$$

где  $X_t$  – хронотип индивида.

Б. Ананьев подчеркивает, что эти циклы и фазы развития «есть характеристики временные» и не могут быть независимыми от хода центральных часов индивида [2]. Выявлено, что у индивидов с гипертонической тенденцией через периоды  $T_p = 3$  наблюдается резкий скачок артериального давления, что справедливо позволяет рассматривать «конец-начало» многосуточного цикла во времени, которое переживается субъектом, как своеобразную отметку.

Если жизнь индивида состоит из циклов, сменяющих друг друга, то не проявит ли себя С-период в течение психосомати-



ческих заболеваний?

Логично допустить, что С-период может рассматриваться как психолого-временной индикатор обострения хронического психосоматического заболевания.

Анализ возраста психосоматических больных со дня рождения до начала обострения даст возможность проследить, как проявит себя «место наименьшего сопротивления» в узловых точках – точках бифуркации проявления «предпочитаемых» болезней. Проследив С-периодичность заболеваний, можно будет утверждать, что действительно есть в жизни индивида ряд отдельных возрастных точек, которые должны быть критическими, и именно в этих точках наблюдаются обострения психосимптоматики хронических заболеваний, а также определиться с продолжительностью периодов реконвалесценции (выздоровления) и ремиссии (затухания) болезни у каждого отдельного больного. А почему именно здесь происходит обострение болезни? Ответ на этот вопрос находим в теории переживания времени, которая объясняет, что природа временной направленности субъекта связана с биоэнергетическими процессами в организме индивида, а любой биоэнергетический цикл имеет разветвления на «стреле внутреннего времени» организма [28]. За завершённый период в организме проходит ряд внутренних изменений, которые приводят к внешним изменениям физиологического и психологического характера. Для большинства людей с хроническими психосоматическими заболеваниями общим является то, что обострение клинических проявлений болезни не только совпадает с началами четверти текущих циклов и с их концами, но и начинает повторяться с периодичностью  $\frac{1}{4}C$ ,  $\frac{1}{2}C$ ,  $\frac{3}{4}C$ , в зависимости от принадлежности к типологической группе. Болезнь приобретает хронический характер потому, что не диагностируется на ранних этапах онтогенеза.

Своевременная комплексная психологическая и комбинированная медикаментозная профилактика создаст условия для предотвращения обострения и поможет остановить хронизацию самого патологического процесса.

Такая дифференциация необходима и в медицине, и в психологии, так как она отвечает на вопрос: у кого, когда и в какой форме могут возникнуть хронические неинфекционные соматические, одновременно невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства.

Вопрос нервно-психических расстройств претерпел известную трансформацию из узко клинической в широкую проблему исследования закономерностей формирования нормальных и аномальных особенностей, то есть в проблему изучения темперамента, характера и личности, в целом. Существующие на сегодня классификации смежных форм патологии столь фрагментарны и разнообразны, что ни одна из них не может быть основой для единой систематики всех форм смежных состояний [17].

Хочется отметить, что временной фактор пограничных нервно-психических заболеваний всегда рассматривался приблизительно.

Согласно данным Г. Ушакова, невротические расстройства имеют достаточно четкую возрастную периодичность [29]. Невроз не может возникнуть в результате только психической травмы. Его формирование происходит тогда, когда психической травме предшествуют явления перенапряжения, утомления, истощения психики.

В последние годы проведен ряд исследований, доказывающих, что однотипные психические травмы вызывают различные формы реактивных состояний в зависимости от индивидуальности пациента. В этом случае новые обстоятельства астенизуют нервную систему, и тогда малейший повод может привести к неврозу, содержание которого обнаруживает связь с ранее пережитой травмирующей ситуацией. У одних психическая травма никогда не приводит к реактивному состоянию, у других – та же травма в аналогичных условиях вызывает то паранойю, то депрессию, то неврастению, то конверсионную истерию, то обсессивно-компульсивные расстройства, то, наконец, соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы или дру-

гие варианты соматоформных расстройств.

Для возникновения невроза необходимо, чтобы действующая психическая травма была достаточно сильной и вызвала дисфункцию вегетативной нервной системы, или чтобы последняя у данного индивида оказалась преморбидно особенно уязвимой [25]. О. Кербиков отмечал, что психическая жизнь человека формируется «... под влиянием окружающей среды, пола, возраста и темперамента» [17, с.122]. По данным автора, возраст обследуемых, как правило, накладывает свой отпечаток на степень невротизации больных [17, с.145]. Средний возраст, в котором завершилось патологическое развитие для заторможенных личностей, —  $13,3 \pm 1,4$  года, для истерических —  $14,7 \pm 1,9$  года, для возбудимых —  $22,1 \pm 1,9$  года [31]. При этом частота и выраженность реакций, как правило, тем больше, чем старше обследуемые. Особенно ярко выражены явления акцентуированности, а, следовательно, и риск возникновения смежных расстройств, которые имеют место в возрасте после 21 года, а еще больше — после 31 года, то есть фактор времени существенно влияет на возникновение, формирование и развитие смежных нервно-психических заболеваний. Давно известно, что врожденный механизм центральных часов индивида запускается с момента рождения и непрерывно измеряет ход пережитого времени в течение всей его жизни. Согласно П. Фрессу, жизнь индивида от рождения до смерти может быть разбита на ряд периодов [30]. Он выделил в жизни поворотные пункты, то есть определенный возраст, в котором происходят «психологические изломы», и назвал их узловыми точками. Многие исследователи приводят возрастную периодизацию онтогенетического развития человека и выделяют фазы соматического, полового, нервно-психологического, интеллектуального созревания [14; 15; 32]. Эти циклы и фазы развития является временными характеристиками и не могут быть независимы от хода центральных часов индивида.

В концепции психологии времени неоднородность онтогенетического развития описана циклоидной моделью времени.

Учитывая, что невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства имеют возрастную периодичность, можно выделить зону локализации невротических расстройств в соответствии с существующими типологическими группами (и определить временные рамки их возникновения с точки зрения специфики переживаемого времени). Исходя из циклоидной модели переживания времени, начало и конец большого биологического цикла распределены на величину С (большой биологический цикл), которая, в свою очередь, делится на четверти. Жизнь любого человека состоит из нескольких крупных биологических циклов. Но, независимо от того, насколько большой по количеству биологический цикл переживает человек на данном этапе, его четверть является критической, организм находится в минимуме своих возможностей, на спаде, и любая стрессовая ситуация, возможно, даже незначительная, является пусковым механизмом для развития смежных расстройств [25].

Таким образом, с позиции психологии времени возможно выделить зону наиболее острого проявления смежных нервно-психических расстройств, а также рассчитать среднестатистического индивида, чей хронотип является наиболее уязвимым к возникновению невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств. Используя С-периодичность, можно с точностью, которую имеют собственные часы индивида, рассчитать критический период, когда нервный срыв проявляется в острой форме. Одновременно становится возможным проследить дифференциацию невротических расстройств нозологических форм в типологической группе хронотипа, которая необходима и в медицине, и в психологии, поскольку она отвечает на вопрос: у кого и в какой форме могут возникнуть невротические расстройства.

«Хронотип» индивида может выступить центральным фактором, который позволяет сконструировать концепцию, объединяющую соматическое и психическое, здоровое и больное; концепцию прогнозирования течения психосоматических заболеваний. Механизм выявления времени наступления острого

развития нарушений соматической сферы на основе индивидуально-типологических особенностей субъекта определит дальнейшие диагностические, реабилитационные, профилактические и прогностические мероприятия.

#### Библиография:

1. Айзенк Х. Психологические теории тревожности / Х. Айзенк. – Москва, 2008 // Тревога тревожность : хрестоматия [учебное пособие] / сост. В. М. Астапов. - СПб: Пер Сэ, 2008. – С. 217-239.
2. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды : [в 2 т.] / Б. Г. Ананьев. – М.: Педагогика, 1980. – (Труды действительных членов и членов-корреспондентов Академии педагогических наук СССР). -Т.1. – 1980. – 230 с.
3. Аргументы и факты : [Еженедельник]. – 2012. – № 42. – 108 с.
4. Белявский И.Г. Историческая психология / И. Г. Белявский. – Одесса: Астропринт, 1991. – 213 с.
5. Богораз В. Г. Эйнштейн и религия: применение принципа относительности к исследованию религиозных явлений: [рук-во для философов] / В. Г. Богораз. – Вып. 1. – М. : Петроград, 1923. – 154 с.
6. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: [кратк. учебн.] / Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.; пер. с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка. – М. : ГЕОТАР Медицина, 1999. – 376 с.
7. Вейн А. М. Психосоматические отношения / А. М. Вейн // Заболевания вегетативной нервной системы. – М. : Медицина, 1991. – С. 374-384.
8. Вейн А. М. Неврологические маски депрессии (эффективность тиапептина) / А. М. Вейн, О.В. Воробьева // Журнал Института невропатологии и психиатрии С. С. Корсакова. – 2000. – № 6. – С.21-23.
9. Вейн А. М. Вегетативная дистония / Вейн А. М., Яковлев Н. А., Слюсарь Т. А. – М. : Медицина, 1996. – С. 373-379.
10. Ганелина И. Е. Ишемическая болезнь сердца и индивидуальные особенности организма / И. Е. Ганелина. – Л. : Ленингр.отд-ние, 1975. – 234с.
11. Гейер К. Психосоматические расстройства / К. Гейер; пер. с англ. В.Н.Андреевой. – СПб. : Питер, 1995. – 168 с.
12. Гиндикин В. Я. Соматика и психика / В. Я. Гиндикин, В. А. Семке. – М. : Высшая школа, 1998. – 364 с.
13. Гиппократ. Философствование о человеке: [собр. соч. в 10 томах] / Гиппократ. – [2-е изд.]. – Т.2. – М. : Медгиз, 1944. – 276 с.
14. Головаха Е. И. Понятие психологического времени / Е. И. Головаха, А. А. Кроник // Категории материалистической диалектики в психологии. – М. : Наука, 1988. – С.199-213.
15. Губачев Ю. М. Психосоматическая терапия / Ю. М. Губачев.– СПб. : Северо-западное книжное издательство, 1994. – 224 с.
16. Губачев Ю. М. Психосоматические аспекты язвенной болезни / Губачев Ю. М., Жужжанов О. Т., Симаненков В. И. – Алма-Ата: Казахстан, 1990. – 148 с.
17. Кербигов А.В. О восприятии времени: [избранные труды] / А. В. Кербигов. – М.: Высшая школа, 1971. – 321с.
18. Кокун О.М. Психолого-часові індикатори перебігу ішемічної хвороби серця : матеріали Першої міжнародної науково-практичної конференції [«Медицина психологія: здобутки, розв'язок та перспективи»] / О. М. Кокун, І. І. Савенкова. – К., 2012. – С.54-55.
19. Менделевич В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М. : Медпресс-Информ, 2002. – 608 с.
20. Николаенко В. В. Влияние хронической болезни на психику: [Монография] / В. В.

Научное издание

**Здоровье. Личность. Общество**

*Сборник научных трудов*

Составитель: Анна Васильевна Алёшичева  
Корректор: Анастасия Васильевна Алёшичева  
Макетирование: Борис Сергеевич Тищенко

Подписано в печать 16.07.2014. Формат - 60х84/16  
Печать цифровая. Бумага офсетная. Тираж - 100 экз.  
Усл. печ. л. - 16,5. Заказ № 218.

Издательство "Финарт"  
61003 г. Харьков, ул. Квитки-Основьяненко, 11  
Свидетельство о занесении в Государственный  
реестр субъекта издательской деятельности  
ДК № 589 от 07.09.2001 г.

Отпечатано в Полиграфическом центре "Домино"  
61003 г. Харьков, ул. Квитки-Основьяненко, 11  
тел. (057) 731-25-09, 731-25-49  
[www.copy-copy.com.ua](http://www.copy-copy.com.ua)